Formularios

Carta de la Oferta

|  |
| --- |
| *INSTRUCCIONES A LOS LICITANTES: ELIMINE ESTE RECUADRO UNA VEZ QUE HAYA COMPLETADO EL DOCUMENTO**El Licitante deberá preparar esta Carta de la Oferta en papel con membrete que indique claramente el nombre completo del Licitante y su dirección comercial.**Nota: El texto en cursiva se incluye para ayudar a los Licitantes en la preparación de este formulario.*  |

**Fecha de presentación de esta Oferta:** *[Indique día, mes y año de la presentación de la Oferta].*

**SDO n.°:** *[Indique el número del proceso de la SDO].*

**Solicitud de Oferta n.°:** *[Indique identificación].*

**Alternativa n.°:** *[Indique el número de identificación si esta es una Oferta alternativa].*

Para:***[Indique el nombre del Comprador]****.*

1. **Sin reservas:** Hemos examinado el documento de licitación, incluidas las enmiendas emitidas de conformidad con la IAL 8, y no tenemos reserva alguna al respecto.
2. **Elegibilidad:** Cumplimos los requisitos de elegibilidad y no tenemos conflictos de intereses, de acuerdo con la IAL 4.
3. **Declaración de Mantenimiento de Oferta/Propuesta:** No hemos sido suspendidos ni declarados inelegibles por el Comprador sobre la base de la suscripción de una Declaración de Mantenimiento de Oferta/Propuesta en el País del Comprador de acuerdo con la IAL 4.7.
4. **Explotación y Abuso Sexual (EAS) y/o Acoso Sexual (ASx):** [*seleccione la opción apropiada de (i) a (iii) a continuación y elimine las demás.* *En caso de los miembros de una APCA y/o subcontratistas, indicar la situación de descalificación por parte del Banco de cada miembro de la APCA y/o subcontratista.]*

Nosotros, incluyendo todos nuestros subcontratistas:

1. [no hemos sido objeto de descalificación por parte del Banco por incumplimiento de las obligaciones sobre EAS/ASx.]
2. [estamos sujetos a descalificación por parte del Banco por incumplimiento de las obligaciones sobre EAS/ASx]
3. [habíamos sido descalificados por el Banco por incumplimiento de las obligaciones sobre EAS/ASx. Se ha dictado un laudo arbitral en el caso de descalificación a nuestro favor.]
4. **Conformidad:** Ofrecemos proveer los siguientes bienes de conformidad con el documento de licitación y de acuerdo con el Cronograma de Entregas establecido en los Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos: *[proporcione una descripción breve de los Bienes y Servicios Conexos].*
5. **Precio de la Oferta:** El precio total de nuestra Oferta, excluyendo cualquier descuento ofrecido en el lote (f) a continuación es:

Opción 1, en caso de un solo lote: el precio total es *[indique el precio total de la Oferta en letras y en cifras, indicando los diferentes montos y las respectivas monedas].*

O bien,

Opción 2, en caso de múltiples lotes: (a) precio total de cada lote *[inserte el precio total de cada lote en letras y en cifras, indicando los diferentes montos y las respectivas monedas],* y (b) precio total de todos los lotes (suma de todos los lotes) *[inserte el precio total de todos los lotes en letras y en cifras, indicando los diferentes montos y las respectivas monedas].*

1. **Descuentos:** Los descuentos ofrecidos y la metodología para su aplicación son los siguientes:
2. Los descuentos ofrecidos son: *[especifique cada descuento ofrecido]*.
3. El método de cálculo exacto para determinar el precio neto luego de aplicados los descuentos se detalla a continuación: *[detalle la metodología que se usará para aplicar los descuentos].*
4. **Validez de la Oferta:** Nuestra Oferta será válida hasta *[ingresar el día, mes y año de conformidad con la IAL 18.1]*, y seguirá teniendo carácter vinculante para nosotros y podrá ser aceptada en cualquier momento antes del vencimiento de dicho período.
5. **Garantía de Cumplimiento:** Si nuestra oferta es aceptada, nos comprometemos a obtener una Garantía de Cumplimiento del Contrato de conformidad con el documento de licitación.
6. **Una Oferta por Licitante:** No estamos presentando ninguna otra Oferta como Licitantes individuales, y no estamos participando en ninguna otra Oferta ni como miembros de una APCA ni como subcontratistas, y cumplimos con los requisitos de la IAL 4.3, sin considerar las Ofertas Alternativas presentadas de acuerdo con la IAL 13.
7. **Suspensión e inhabilitación:** Nosotros, junto con todos nuestros subcontratistas, proveedores, consultores, fabricantes o prestadores de servicios requeridos para ejecutar cualquier parte del contrato, no dependemos de ninguna entidad o persona, ni somos controlados por ninguna entidad o persona, que esté sujeta a una suspensión o inhabilitación temporal impuesta por el Grupo Banco Mundial ni a una inhabilitación impuesta por el Grupo Banco Mundial de conformidad con el Acuerdo de Aplicación Mutua de las Decisiones de Inhabilitación, suscrito por el Banco Mundial y otros bancos de fomento. Asimismo, no somos inelegibles en virtud de las leyes o regulaciones oficiales del País del Comprador ni en virtud de una decisión del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.
8. **Empresa o ente de propiedad estatal:** *[Seleccione la opción correspondiente y elimine la otra]. [No somos una empresa o ente de propiedad estatal]*/*[Somos una empresa o ente de propiedad estatal, pero cumplimos con los requisitos de la IAL 4.6].*
9. **Comisiones, gratificaciones, honorarios:** Hemos pagado o pagaremos los siguientes honorarios, comisiones o gratificaciones en relación con el Proceso de Licitación o la ejecución del Contrato: *[proporcione el nombre completo de cada receptor, su dirección completa, la razón por la cual se pagó cada comisión o gratificación, y la cantidad y moneda de cada comisión o gratificación a la que se haga referencia]*.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del receptor | Dirección | Concepto | Monto |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(Si no ha efectuado o no se efectuará pago alguno, escriba “ninguno”).

1. **Contrato vinculante:** Entendemos que esta Oferta, junto con su debida aceptación por escrito incluida en su Carta de Aceptación, constituirá una obligación contractual entre nosotros hasta que las partes hayan preparado y perfeccionado un contrato formal.
2. **Comprador no obligado a aceptar:** Entendemos que ustedes no están obligados a aceptar la Oferta con el costo evaluado más bajo, la Oferta más Conveniente ni ninguna otra Oferta que reciban.
3. **Fraude y Corrupción:** Por el presente, certificamos que hemos tomado las medidas necesarias para garantizar que ninguna persona que actúe en nuestro nombre o representación incurra en prácticas fraudulentas o corruptas.

**Nombre del Licitante\*:** *[proporcione el nombre completo del Licitante].*

**Nombre de la persona debidamente autorizada para firmar la Oferta en nombre del Licitante**\*\***:** *[proporcione el nombre completo de la persona debidamente autorizada a firmar el Formulario de la Oferta].*

**Cargo de la persona firmante del Formulario de la Oferta:** *[indique el cargo de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*

**Firma de la persona nombrada anteriormente:** *[indique la firma de la persona cuyo nombre y capacidad se indican en los párrafos anteriores].*

**Fecha de la firma: El día** *[indique la fecha de la firma]* **del mes** *[indique mes]* **del año** *[indique año].*

**\*** En el caso de las Ofertas presentadas por una APCA, especifique el nombre de la APCA que actúa como Licitante.

\*\* La persona que firme la Oferta deberá contar con el poder otorgado por el Licitante. El poder deberá adjuntarse a los Formularios de la Oferta.

Formulario de Información sobre el Licitante

*[El Licitante deberá completar este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas a continuación. No se aceptará ninguna alteración a este formulario ni se aceptarán substitutos].*

Fecha: *[indique día, mes y año de la presentación de la Oferta].*

SDO n.°: *[Indique el número del proceso de la SDO].*

Alternativa n.°: *[indique el n.° de identificación, si esta es una oferta por una alternativa].*

Página \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ páginas

|  |
| --- |
| 1. Nombre del Licitante: *[indique el nombre jurídico del Licitante].* |
| 2. Si se trata de una APCA, nombre jurídico de cada miembro: *[indique el nombre jurídico de cada miembro de la APCA].* |
| 3. País donde está registrado el Licitante en la actualidad o país donde intenta registrarse: *[indique el país donde está registrado el Licitante en la actualidad o país donde intenta registrarse].* |
| 4. Año de registro del Licitante: *[indique el año de registro del Licitante].* |
| 5. Dirección del Licitante en el país donde está registrado: *[indique el domicilio legal del Licitante en el país donde está registrado].* |
| 6. Información del representante autorizado del Licitante:Nombre: *[indique el nombre del representante autorizado].*Dirección: *[indique la dirección del representante autorizado].*Números de teléfono y fax*: [indique los números de teléfono y fax del representante autorizado].*Dirección de correo electrónico: *[indique la dirección de correo electrónico del representante autorizado].* |
| 7. Se adjuntan copias de los siguientes documentos originales: *[marque las casillas que correspondan]*🞎 Estatutos de la Sociedad (o documentos equivalentes de constitución o asociación), o documentos de registro de la persona jurídica antes mencionada, y de conformidad con la IAL 4.4.🞎 Si se trata de una APCA, carta de intención de formar la APCA, o el Convenio de APCA, de conformidad con la IAL 4.1.🞎 Si se trata de una empresa o ente de propiedad estatal, de conformidad con la IAL 4.6, documentación que acredite:* su autonomía jurídica y financiera,
* su operación conforme al Derecho comercial,
* que el Licitante no se encuentra bajo la supervisión del Comprador.

8. Se incluye el organigrama, la lista de los miembros del Directorio y la propiedad efectiva. El Licitante seleccionado deberá proporcionar información adicional sobre la titularidad real, utilizando el Formulario de Divulgación de la Propiedad Efectiva. |

Formulario de información sobre los miembros de la APCA

*[El Licitante deberá completar este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas a continuación. El siguiente cuadro deberá ser completado por el Licitante y por cada uno de los miembros de la APCA].*

Fecha: *[indique día, mes y año de la presentación de la Oferta].*

SDO n.°: *[indique el número del proceso de Licitación].*

Alternativa n.°: *[indique el n.° de identificación, si esta es una oferta por una alternativa].*

Página \_\_\_\_ de \_\_\_\_ páginas

|  |
| --- |
| 1. Nombre del Licitante *[indique el nombre jurídico del Licitante].* |
| 2. Nombre jurídico del miembro de la APCA *[indique el nombre jurídico del miembro de la APCA].* |
| 3. Nombre del país de registro del miembro de la APCA *[indique el nombre del país de registro del miembro de la APCA].* |
| 4. Año de registro del miembro de la APCA: *[indique el año de registro del miembro de la APCA].* |
| 5. Dirección del miembro de la APCA en el país donde está registrado: *[domicilio legal del miembro de la APCA en el país donde está registrado].* |
| 6. Información sobre el representante autorizado del miembro de la APCA:Nombre: *[indique el nombre del representante autorizado del miembro de la APCA].*Dirección: *[indique la dirección del representante autorizado del miembro de la APCA].*Números de teléfono y fax: *[indique los números de teléfono y fax del representante autorizado del miembro de la APCA].*Dirección de correo electrónico: *[indique la dirección de correo electrónico del representante autorizado del miembro de la APCA].* |
| 7. Se adjuntan copias de los siguientes documentos originales: *[marque las casillas que correspondan].*🞎 Estatutos de la Sociedad (o documentos equivalentes de constitución o asociación) o documentos de registro de la persona jurídica antes mencionada, y de conformidad con la IAL 4.4.🞎 Si se trata de una empresa o ente de propiedad estatal, documentación que acredite su autonomía jurídica y financiera, su operación de conformidad con el Derecho comercial y que no se encuentra bajo la supervisión del Comprador, de conformidad con la IAL 4.6.8. Se incluye el organigrama, la lista de los miembros del Directorio y la propiedad efectiva. El Licitante seleccionado deberá proporcionar información adicional sobre la titularidad real de cada miembro de la APCA, utilizando el Formulario de Divulgación de la Propiedad Efectiva. |

Declaración de Desempeño sobre Explotación y Abuso Sexual (EAS) y/o Acoso Sexual (ASx)

*[El siguiente cuadro debe ser completada por el Licitante y cada miembro de la APCA o JV y cada subcontratista propuesto por el Licitante]*

Nombre del Licitante: *[indicar el nombre completo]*

Fecha: *[insertar día, mes, año]*

SDO No. y Título: *[insertar la referencia de la SDO]*

Página *[insertar número de página] de [insertar número total] páginas*

|  |
| --- |
| **Declaración EAS y /o ASx** |
| 🞎 🞎 🞎  | Nosotros:1. no hemos sido objeto de descalificación por parte del Banco por incumplimiento de las obligaciones sobre EAS/ASx.
2. no estamos sujetos a descalificación por parte del Banco por incumplimiento de las obligaciones sobre EAS/ASx
3. hemos sido descalificados por el Banco por incumplimiento de las obligaciones sobre EAS/ASx pero fuimos excluidos de las empresas descalificadas Se ha dictado un laudo arbitral en el caso de descalificación a nuestro favor.
 |
| ***[Si (c) anterior es aplicable, adjunte evidencia de un laudo arbitral que revierta las conclusiones sobre los problemas subyacentes a la descalificación.]*** |

Formularios de Listas de Precios

*[El Licitante completará estos formularios de Listas de Precios de acuerdo con las instrucciones indicadas. La lista de artículos y lotes en la columna 1 de la* ***Lista de Precios*** *deberá coincidir con la Lista de Bienes y Servicios Conexos detallada por el Comprador en la Lista de Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos].*

|  |
| --- |
| Lista de Precios: Bienes fabricados fuera del país del Comprador que se importarán  |
|  | (Ofertas del Grupo C, bienes que se importarán)Monedas de acuerdo con la IAL 15 | Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SDO n.o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Alternativa n.o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Página n.o \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| N.o de Artículo | Descripción de los bienes | País de origen | Fecha de entrega según definición de Incoterms | Cantidad y unidad física | Precio unitarioCIP [*indique lugar de destino convenido]*de acuerdo con la IAL 14.8 (b) (i) | Precio CIP por artículo(Col. 5 x 6) | Precio por artículo por concepto de transporte interno y otros servicios requeridos en el país del Comprador para hacer llegar los bienes al destino final establecido en los DDL | Precio total por artículo(Col. 7 + 8) |
| *[Indique el número del artículo].* | *[Indique el nombre de los bienes].* | *[Indique el país de origen de los bienes].* | *[Indique la fecha de entrega propuesta].* | *[Indique el número de unidades que se proveerán y el nombre de la unidad física de medida].* | *[Indique el precio CIP por unidad].* | *[Indique el precio total CIP por artículo].* | *[Indique el precio correspondiente por artículo].* | *[Indique el precio total del artículo].* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Precio Total  |  |
| Nombre del Licitante: *[indique el nombre completo del Licitante]* Firma del Licitante: *[firma de la persona que firma la oferta]* Fecha: *[indique la fecha]* |

|  |
| --- |
| Lista de Precios: Bienes fabricados fuera del país del Comprador, ya importados |
|  | (Ofertas Grupo C, Bienes ya importados\*)Monedas de acuerdo con IAL 15 | Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SDO n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Alternativa n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Página n.° \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| N.o de artículo  | Descripción de los bienes | País de origen | Fecha de entrega según definición de Incoterms | Cantidad y unidad física | Precio unitario, incluyendo derechos de aduana e impuestos de importación pagados de acuerdo con la IAL 14.8 (c) (i)  | Derechos de aduana e impuestos de importación pagados por unidad de acuerdo con la IAL14.8 (c) (ii) (respaldado con documentos) | Precio unitario neto, sin incluir derechos de aduana e impuestos de importación pagados de acuerdo con la IAL14.8 (c) (iii)(Col. 6 − Col.7) | Precio por artículo neto, sin incluir derechos de aduana e impuestos de importación, de acuerdo con la IAL 14.8 (c) (i)(Col. 5 × 8) | Precio por artículo por concepto de transporte interno y por otros servicios requeridos en el país del Comprador para hacer llegar los bienes al destino final establecido en los DDLde acuerdo con la IAL 14.8 (c) (v) | Impuestos sobre la venta y otros impuestos pagados o por pagar sobre el artículo, si el Contrato es adjudicado de acuerdo con la IAL 14.8 (c) (iv) | Precio Total por artículo(Col. 9 + 10) |
| *[Indique n.o de Artículo].* | *[Indique nombre de los bienes].* | *[Indique país de origen de los bienes].* | *[Indique la fecha de entrega ofertada].* | *[Indique el número de unidades por proveer y el nombre de la unidad física de medida].* | *[Indique el precio unitario por unidad].* | *[Indique los derechos de aduana e impuestos de importación pagados por unidad].* | *[Indique precio unitario CIP neto, sin incluir derechos de aduana e impuestos de importación].* | *[Indique precios CIP por artículo neto sin incluir derechos de aduana e impuestos de importación].* | *[Indique precio por transporte interno y por otros servicios requeridos en el País del Comprador].* | *[Indique los impuestos sobre la venta y otros impuestos pagaderos sobre el artículo si el Contrato es adjudicado].* | *[Indique el precio total por artículo].* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Precio total de la Oferta |  |
| Nombre del Licitante: *[indique el nombre completo del Licitante]* Firma del Licitante: *[firma de la persona que firma la oferta]* Fecha: *[indique fecha]* |

*\* [Para bienes importados previamente, el precio cotizado debe ser distinguible del valor original de importación de estos bienes declarados en la aduana y debe incluir cualquier reembolso o remarcación del agente local o representante y todos los costos locales, excepto impuestos y obligaciones de importación, que hayan sido o deban ser pagadas por el Comprador. Como aclaración, se solicitará a los Licitantes que coticen el precio incluyendo las tasas de importación y, adicionalmente, proveer las tasas de importación y el precio neto de obligaciones de importación, el cual será la diferencia entre esos valores].*

|  |
| --- |
| Lista de Precios: Bienes fabricados en el país del Comprador |
| País del Comprador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | (Ofertas de los Grupos A y B)Monedas de conformidad con la IAL 15 | Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SDO n.o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Alternativa n.o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Página n.o \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N.o de Artículo | Descripción de los Bienes | Fecha de entrega según definición de Incoterms | Cantidad y unidad física | Precio unitario EXW de cada artículo | Precio total EXW por cada artículo(Col. 4×5) | Precio por artículo por concepto de transporte interno y otros servicios requeridos en el país del Comprador para enviar los bienes al destino final | Costo de la mano de obra local, materia prima y componentes de origen en el país del Comprador% de la Col. 5 | Impuestos sobre la venta y otros pagaderos por artículo si el Contrato es adjudicado de acuerdo con la IAL 14.8.6 (a) (ii) | Precio total por artículo(Col. 6 + 7) |
| *[Indique n.o de artículo]* | *[Indique nombre de los bienes].* | *[Indique la fecha de entrega ofertada].* | *[Indique el número de unidades por proveer y el nombre de la unidad física de medida].* | *[Indique precio unitario EXW].* | *[Indique precio total EXW por cada artículo].* | *[Indique el precio correspondiente por cada artículo].* | *[Indique el costo de la mano de obra local, materia prima y componentes de origen en el país del Comprador como % del precio EXW de cada artículo].* | *[Indique impuestos sobre la venta y otros pagaderos por artículo si el Contrato es adjudicado].* | *[Indique precio total por artículo].* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Precio total |  |
| Nombre del Licitante: *[indique el nombre completo del Licitante]* Firma del Licitante: *[firma de la persona que firma la oferta]* Fecha: *[indique fecha]* |

|  |
| --- |
| Precio y Cronograma de Cumplimiento: Servicios conexos  |
|  | Monedas de acuerdo con la IAL 15 | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SDO n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Alternativa n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Página n.° \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Servicio N.° | Descripción de los servicios (excluye transporte interno y otros servicios requeridos en el País del Comprador para transportar los bienes a su destino final)  | País de origen | Fecha de entrega en el lugar de destino final | Cantidad y unidad física | Precio unitario  | Precio total por servicio (Col. 5 x 6 o un estimado) |
|  | *. [Indique el nombre de los servicios].* | *[Indique el país de origen de los servicios].* | *[Indique la fecha de entrega al lugar de destino final por servicio].* | *[Indique el número de unidades que se proveerán y el nombre de la unidad física de medida].* | *[Indique el precio unitario por artículo].* | *[Indique precio total por artículo].* |
| **LOTE 1** |
|  | **1-** **PRUEBA PARA LA DETERMINACIOÓN DE AMINOÁCIDOS PARA DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE JARABE DE ARCE** |  |
| 1 | **CAPACITACIÓN** |  | Hospital nacional de niños Benjamín Bloom.A partir de la Orden de Inicio emitida por el administrador de contrato |  |  |  |
| 1.1 | Capacitación sobre el manejo del equipo |  | 3 jornadas de 4 horas cada una. |  |  |
| 1.2 | Capacitación para personal médico y de laboratorio clínico sobre la detección de enfermedades congénitas por medio de cribado neonatal |  | Total, de 40 horas, 5 jornadas de 8 horas. |  |  |
| **LOTE 2** |
|  | **2-PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE TRIPSINA INMUNOREACTIVA** |  |
|  | **3-PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN PROGESTERONA** |  |
|  | **4-PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES (TSH) NEONATAL EN MUESTRA DE SANGRE SECA EN PAPEL FILTRO** |  |
| 1 | **CAPACITACIÓN** |  | Hospital nacional de niños Benjamín Bloom.A partir de la Orden de Inicio emitida por el administrador de contrato |  |  |  |
| 1.1 | Capacitación sobre el manejo del equipo |  | 3 jornadas de 4 horas cada una. |  |  |
| 1.2 | Capacitación para personal médico y de laboratorio clínico sobre la detección de enfermedades congénitas por medio de cribado neonatal |  | Total, de 40 horas, 5 jornadas de 8 horas. |  |  |
| **LOTE 3** |
|  | **5-PRUEBA PARA LA DETECCIÓN DE HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES (TSH)** |  |  |
|  | **6-PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE TETRAYODOTIRONINA LIBRE (T4L)** |  |  |
|  | **7-PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE TRIYODOTIRONINA LIBRE (T3L)** |  |  |
| 1 | **CAPACITACIÓN** |  |  |  |  |  |
| 1.1 | Capacitación sobre el manejo del equipo |  | Hospital nacional de niños Benjamín Bloom.A partir de la Orden de Inicio emitida por el administrador de contrato | 3 jornadas de 4 horas cada una. |  |  |
| **LOTE 4** |
|  | **8-DISCOS GEL DE PILOCARPINA PARA LA DETERMINACIÓN DE CLORO EN SUDOR (CL-) VIAL DE 6.** |  |  |
| 1 | **CAPACITACIÓN** |  |  |  |  |  |
| 1.1 | Capacitación sobre el manejo del equipo |  | Hospital nacional de niños Benjamín Bloom.A partir de la Orden de Inicio emitida por el administrador de contrato | 3 jornadas de 4 horas cada una. |  |  |
| 1.2 | Capacitación y actualización para personal de laboratorio clínico. |  | 3 veces al año, durante la vigencia del contrato. Jornadas (4 horas cada una) |  |  |
| **LOTE 6** |
|  | **11. CARTUCHOS PARA MEDICIÓN DE GASES ARTERIALES ELECTRÓLITOS Y METABOLITOS, PARA EQUIPO PORTATIL, EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL** |  |  |
| 1 | **CAPACITACIÓN** |  |  |  |  |  |
| 1.1 | Capacitación sobre el manejo del equipo, para personal médico y biomédico de los hospitales. |  | En las instalaciones de las 5 Regiones de Salud. Región Metropolitana, Región Oriental, Región Occidental, Región Paracentral, Región Central. | 5 jornada de 2 horas cada una.  |  |  |
| **PARA EMPRESAS NO DOMICILIADAS** |
| 1 | Agente Aduanal |  |  |  |  |  |
|  | Precio total de la Oferta |  |
| Nombre del Licitante: *[indique el nombre completo del Licitante]* Firma del Licitante: *[firma de la persona que firma la oferta]* Fecha: *[indique fecha]* |
| NOTA: el precio de los servicios conexos debe de considerarse en el precio total de la oferta es decir bienes + servicios conexos.• El establecimiento y la programación donde serán realizadas las capacitaciones será definido previa coordinación con el administrador de contrato |

Formulario de Garantía de Mantenimiento de Oferta
(Garantía bancaria) (NO APLICA)

*[El banco completará este formulario de garantía bancaria según las instrucciones indicadas].*

*[Membrete del Garante o código de identificación SWIFT].*

**Beneficiario:** *[Indique el nombre y la dirección del Comprador].*

**SDO n.°:** *[Indique número de referencia del Comprador para el llamado a licitación].*

**Alternativa n.°:** *[Indique el número de identificación si esta es una oferta alternativa].*

**Fecha:** *[Indique la fecha].*

**GARANTÍA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA N.°:** *[Indique el número de referencia de la Garantía].*

**Garante:** *[Indique el nombre y la dirección del emisor de la garantía, a menos que esté indicado en el membrete].*

Se nos ha informado que \_\_\_\_\_\_ *[indique el nombre del Licitante; en el caso de que se trate de una APCA, será el nombre de esta (legalmente constituida o en proceso de constitución) o los nombres de todos sus miembros, en su defecto]* (en adelante, el “Solicitante”) ha presentado o presentará al Beneficiario su oferta el *[indique la fecha de presentación de la Oferta]* (en adelante, la “Oferta”) para la celebración de *[indique el nombre del Contrato]* en virtud de la Solicitud de Ofertas n.° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (“la SDO”).

Asimismo, entendemos que, de acuerdo con sus condiciones, una garantía de mantenimiento deberá respaldar dicha Oferta.

A solicitud del Solicitante, nosotros, en calidad de Garantes, por medio de la presente Garantía nos obligamos irrevocablemente a pagar al Beneficiario una suma que no exceda un monto total de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) al recibo de la demanda del Beneficiario, respaldada por la declaración del Beneficiario, ya sea en la misma demanda o en un documento aparte firmado para acompañar o identificar la demanda, en el que se indique que el Solicitante:

* 1. ha retirado su Oferta antes de la fecha de expiración de la validez de la Oferta establecida por el Solicitante en la Carta de la Oferta, o cualquier fecha extendida establecida por el Solicitante, o
	2. después de haber sido notificado por el Beneficiario de la aceptación de su Oferta antes de la fecha de expiración de la validez de la Oferta o cualquier fecha extendida otorgada por el Solicitante, (i) no ha firmado el Convenio de Contrato, o (ii) no ha suministrado la Garantía de Cumplimiento de conformidad con las IAL del documento de licitación del Beneficiario.

Esta Garantía vencerá: (a) en el caso del Solicitante seleccionado, cuando recibamos en nuestras oficinas las copias del Convenio de Contrato firmado por el Solicitante y de la Garantía de Cumplimiento emitida al Beneficiario en relación con dicho convenio, o (b) en el caso de no ser el Solicitante seleccionado, cuando: (i) recibamos una copia de la notificación del Beneficiario al Solicitante en la que se le comuniquen los resultados del proceso de Licitación, o (ii) transcurran 28 días después de la fecha de expiración de la validez de la Oferta, lo que ocurra primero.

Consecuentemente, cualquier demanda de pago en virtud de esta Garantía deberá recibirse en la oficina antes mencionada a más tardar en esa fecha.

Esta Garantía está sujeta a las Reglas Uniformes de la Cámara de Comercio Internacional (CCI) relativas a las garantías contra primera solicitud, revisión de 2010, publicación n.°758 de la CCI.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*[Firma(s)]*

***Nota: Los textos en cursiva se incluyen al solo efecto de preparar el presente formulario y deben ser eliminados en el texto final.***

Formulario de Garantía de Mantenimiento de Oferta (Fianza)

(NO APLICA)

*[El Garante completará este Formulario de Fianza de la Oferta de acuerdo con las instrucciones indicadas].*

FIANZA N.° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POR ESTA FIANZA *[nombre del Licitante],* obrando en calidad de Mandante (en adelante, el “Mandante”), y *[nombre, denominación legal y dirección del Garante],* **autorizado para operar en** *[nombre del País del Comprador],* y quien obre como Garante (en adelante, el “Garante”) por este instrumento se obligan y se comprometen firmemente con *[nombre del Comprador]* como Demandante (en adelante, el “Comprador”) por el monto de *[monto de la fianza]*[[1]](#footnote-2) *[indique la suma en letras],* a cuyo pago en legal forma, en los tipos y proporciones de monedas en que deba pagarse el precio de la Garantía, nosotros, el Mandante y el Garante antes mencionados por este instrumento, nos comprometemos y obligamos colectiva y solidariamente a estos términos a nuestros sucesores y cesionarios.

CONSIDERANDO que el Mandante ha presentado o presentará al Comprador una Oferta escrita con fecha del \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_, del 20\_\_, para la provisión de *[indique el nombre y/o la descripción de los bienes]* (en adelante, la “Oferta”),

POR LO TANTO, LA CONDICIÓN DE ESTA OBLIGACIÓN es tal que, si el Mandante:

1. ha retirado su Oferta antes de la fecha de expiración de la validez de la Oferta estipulado en la Carta de la Oferta del Mandante (“el período de validez de la Oferta”), o cualquier fecha extendida otorgada por el Mandante, o,
2. luego de que el Comparador lo ha notificado de la aceptación de su Oferta antes de la fecha de expiración de la Validez de la Oferta o cualquier extensión otorgada por el Mandante, (i) no ha suscripto el Convenio del Contrato o (ii) no ha presentado la Garantía de Cumplimiento, de conformidad con las Instrucciones a los Licitantes (“IAL”) del documento de licitación del Comprador,

el Garante procederá inmediatamente a pagar al Comprador, como máximo, la suma antes mencionada al recibir la primera solicitud por escrito de este, sin que el Comprador deba sustentar su demanda, siempre y cuando manifieste que esta se encuentra motivada por cualquiera de las situaciones descritas anteriormente, especificando cuál de ellas ha tenido lugar.

Por medio del presente, el Garante conviene que su obligación permanecerá vigente y tendrá pleno efecto inclusive hasta 28 días después de la fecha de expiración de la validez de la Oferta tal como se establece en la Carta de la Oferta o cualquier prórroga proporcionada por el Mandante.

EN PRUEBA DE CONFORMIDAD*,* el Mandante y el Garante han dispuesto la suscripción del presente en sus respectivos nombres el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año 20\_\_.

Mandante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Garante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Sello corporativo (si lo hubiera)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
*(Firma) (Firma)*
*(Aclaración y cargo) (Aclaración y cargo)*

Formulario de Declaración de Mantenimiento de Oferta

*[El Licitante completará este Formulario de Declaración de Mantenimiento de Oferta de acuerdo con las instrucciones indicadas].*

Fecha: *[indique día, mes y año de presentación de la oferta].*

Oferta n.°: *[número del proceso de la SDO].*

Alternativa n.°: *[indique el n.° de identificación si se trata de una oferta por una alternativa].*

Para: *[indique el nombre completo del Comprador].*

Los suscriptos declaramos que:

Entendemos que, de acuerdo con sus condiciones, las Ofertas deberán estar respaldadas por una Declaración de Mantenimiento de Oferta.

Aceptamos que seremos declarados automáticamente inelegibles para participar en cualquier licitación de contrato con el Comprador por un período especificado en la Sección II - Datos de la Licitación (DDL), si incumplimos nuestras obligaciones derivadas de las condiciones de la oferta, a saber:

* + - * 1. si retiramos nuestra Oferta antes de la fecha de expiración de la validez de la Oferta especificado en la Carta de la Oferta, o cualquier fecha extendida otorgada por nosotros, o
				2. si, una vez que el Comprador nos ha notificado de la aceptación de nuestra Oferta antes de la fecha de expiración de la validez de la Oferta especificada en la Carta de la Oferta, o cualquier fecha extendida otorgada por nosotros, (i) no firmamos o nos negamos a firmar el Contrato, o (ii) no suministramos o nos negamos a suministrar la Garantía de Cumplimiento de conformidad con las IAL.

Entendemos que esta Declaración de Mantenimiento de Oferta expirará en el caso de que no seamos seleccionados, y (i) si recibimos una notificación con el nombre del Licitante seleccionado, o (ii) han transcurrido 28 días después de la fecha de expiración de la validez de nuestra Oferta, lo que ocurra primero.

Nombre del Licitante\*:

Nombre de la persona debidamente autorizada para firmar la Oferta en nombre del Licitante\*\*:

Cargo de la persona firmante del Formulario de la Oferta:

Firma de la persona nombrada anteriormente:

Fecha de la firma: El día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**\*** En el caso de las Ofertas presentadas por una APCA, especifique el nombre de la APCA que actúa como Licitante.

\*\* La persona que firme la Oferta deberá contar con el poder otorgado por el Licitante. El poder deberá adjuntarse a los Formularios de la Oferta.

*[Nota: En caso de que se trate de una APCA, la Declaración de Mantenimiento de Oferta deberá emitirse en nombre de todos los miembros de la APCA que presenta la Oferta].*

Autorización del Fabricante

*[El Licitante solicitará al Fabricante que complete este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. Esta carta de autorización deberá estar escrita en papel membretado del Fabricante y deberá estar firmada por una persona debidamente autorizada para firmar documentos que comprometan jurídicamente al Fabricante. El Licitante lo deberá incluirá en su Oferta, si así se establece en los DDL].*

Fecha: *[indique día, mes y año de presentación de la oferta].*

SDO n.°: *[Indique el número del proceso de la SDO].*

Alternativa n.°: *[indique el n.*° *de identificación si se trata de una oferta por una alternativa].*

Para: *[indique el nombre completo del Comprador].*

POR CUANTO

Nosotros *[indique nombre completo del Fabricante]*, como fabricantes oficiales de *[indique el nombre de los bienes fabricados]*, con fábricas ubicadas en *[indique la dirección completa de las fábricas],* autorizamos mediante el presente a *[indique el nombre completo del Licitante]* a presentar una Oferta con el propósito de suministrar los siguientes Bienes de nuestra fabricación *[nombre y breve descripción de los bienes]*, y a posteriormente negociar y firmar el Contrato.

Por este medio extendemos nuestro aval y plena garantía, conforme a la IAL 28 de las Condiciones Generales del Contrato, respecto de los Bienes ofrecidos por la firma antes mencionada.

Nosotros confirmamos que no hemos incurrido o empleado trabajo forzoso o personas sujetas a trata de personas o trabajo infantil de conformidad con la Cláusula 14 de las Condiciones Generales del Contrato.

Firma: *[indique firma de los representantes autorizados del Fabricante].*

Nombre: *[indique el nombre completo de los representantes autorizados del Fabricante]*.

Cargo: *[indique el cargo].*

Fechado el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del año \_\_\_\_\_\_\_ *[fecha de la firma].*

Requisitos de los Bienes y
Servicios Conexos

|  |
| --- |
| **1.      Lista de Bienes y Cronograma de Entregas** |
| *[El comprador completará este cuadro, excepto la columna “Fecha de entrega ofrecida por el Licitante”, que deberá ser completada por el Licitante].* |
| **Lote/Art.** | **Descripción de los bienes** | **Cantidad** | **Unidad física** | **Lugar de entrega final, según se indica en los DDL** | **Fecha de entrega (de acuerdo a los Incoterms)** |
| **Fecha más temprana**  | **Fecha límite de entrega**  | **Fecha de entrega ofrecida por el licitante *[la proporcionará el Licitante]*** |
| **LOTE 1** |
| **1** | PRUEBA PARA LA DETERMINACIOÓN DE AMINOÁCIDOS PARA DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE JARABE DE ARCE. Incluye accesorios.DOS ENTREGAS | Total: 71,000Primera entrega:35,500 Segunda entrega:35,500  | C/U | Hospital nacional de niños Benjamín Bloom, 25 avenida norte y 29 calle poniente, San Salvador | Primera entrega: 30 días calendarios a partir de la distribución | Primera entrega: 45 días calendarios a partir de la distribución |  |
| Segunda entrega: 135 días calendarios posteriores a la primera entrega | Segunda entrega: 135 días calendarios posteriores a la primera entrega |  |
| **LOTE 2** |
| **2** | PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE TRIPSINA INMUNOREACTIVA. Incluye accesorios.**DOS ENTREGAS** | Total: 70,500Primera entrega:35,250 Segunda entrega:35,250 | C/U | Hospital nacional de niños Benjamín Bloom, 25 avenida norte y 29 calle poniente, San Salvador | Primera entrega: 30 días calendarios a partir de la distribución | Primera entrega: 45 días calendarios a partir de la distribución |  |
| **3** | PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN PROGESTERONA. Incluye accesorios. **DOS ENTREGAS** | Total: 70500Primera entrega:35,250 Segunda entrega:35,250 | C/U | Segunda entrega: 135 días calendarios posteriores a la primera entrega | Segunda entrega: 135 días calendarios posteriores a la primera entrega |  |
| **4** | PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES (TSH) NEONATAL EN MUESTRA DE SANGRE SECA EN PAPEL FILTRO **DOS ENTREGAS** | Total: 70500Primera entrega:35,250 Segunda entrega:35,250 | C/U |
| **LOTE 3** |
| **5** | PRUEBA PARA LA DETECCIÓN DE HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH) MÉTODO AUTOMATIZADO. Incluye accesorios. DOS ENTREGAS | Total: 700Primera entrega:350 Segunda entrega:350 | C/U | Hospital nacional de niños Benjamín Bloom, 25 avenida norte y 29 calle poniente, San Salvador | Primera entrega: 30 días calendarios a partir de la distribución | Primera entrega: 45 días calendarios a partir de la distribución |  |
| **6** | PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE TETRAYODOTIRONINA LIBRE (T4) MÉTODO AUTOMATIZADO. Incluye accesorios. DOS ENTREGAS | Total: 700Primera entrega:350 Segunda entrega:350 | C/U | Segunda entrega: 135 días calendarios posteriores a la primera entrega | Segunda entrega: 135 días calendarios posteriores a la primera entrega |  |
| **7** | PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE TRIYODOTIRONINA LIBRE (T3) MÉTODO AUTOMATIZADO. Incluye accesorios. DOS ENTREGAS | Total: 700Primera entrega:350 Segunda entrega:350 | C/U |  |
| **LOTE 4** |
| **8** | DISCO GEL DE PILOCARPINA PARA LA DETERMINACIÓN DE CLORO EN SUDOR (CL-) MÉTODO IONTOFORESIS, VIAL DE 6. Incluye accesorios. DOS ENTREGAS | Total: 80Primera entrega:40 Segunda entrega:40 | C/U | Hospital nacional de niños Benjamín Bloom, 25 avenida norte y 29 calle poniente, San Salvador | Primera entrega: 30 días calendarios a partir de la distribución | Primera entrega: 45 días calendarios a partir de la distribución |  |
| Segunda entrega: 135 días calendarios posteriores a la primera entrega | Segunda entrega: 135 días calendarios posteriores a la primera entrega |  |
| **LOTE 5** |
| **9** | SOLUCIÓN DE DEXTROSA 100 GRAMOS, PARA PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA, VIA ORAL, FRASCO (200-300) MILILITROS. DOS ENTREGAS | Total: 35,000Primera entrega:17,500 Segunda entrega:17,500 | C/U | Almacén El Paraíso | Primera entrega: 30 días calendarios a partir de la distribución | Primera entrega: 45 días calendarios a partir de la distribución |  |
| **10** | SOLUCIÓN DEXTROSA 50 GRAMOS, PARA PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA, VÍA ORAL, FRASCO DE 300 MILILITROS. DOS ENTREGAS | Total: 70,000 Primera entrega:35,000 Segunda entrega:35,000 | C/U | Almacén El Paraíso | Segunda entrega: 135 días calendarios posteriores a la primera entrega | Segunda entrega: 135 días calendarios posteriores a la primera entrega |  |
| **LOTE 6** |
| **11** | CARTUCHO PARA MEDICIÓN DE GASES ARTERIALES Y METABOLITOS, PARA EQUIPO PORTÁTIL, EMPAQUE INDIVIDUAL, ESTÉRIL. Incluye accesorios. Tres ENTREGAS | Total: 38,334Primera entrega:12,778 Segunda entrega:12,778Tercer entrega:12,778  | C/U | En hospitales, de conformidad al cuadro de distribución anexo. | Primera entrega: 30 días calendarios a partir de la distribución | Primera entrega: 45 días calendarios a partir de la distribución |  |
| Segunda entrega: 120 días calendarios posteriores a la primera entrega | Segunda entrega: 120 días calendarios posteriores a la primera entrega |  |
| Tercera entrega: 120 días calendarios posteriores a la segunda entrega | Tercera entrega: 120 días calendarios posteriores a la segunda entrega |  |

* + - 1. Lista de servicios conexos y cronograma de cumplimiento

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio** | **Descripción del servicio** | **Cantidad** | **Unidad física** | **Lugar donde los servicios serán prestados** | **Fechas finales de cumplimiento de los servicios** |
| *[Indique el n.o del servicio]* | *[Indique descripción de los servicios conexos].* | *[Indique la cantidad de rubros de servicios que se prestarán].* | *[Indique la unidad física de medida de los rubros de servicios].* | *[Indique el nombre del lugar].* | *[Indique las fechas de cumplimiento requeridas].* |
|  | **LOTE 1** |
|  | **1-** **PRUEBA PARA LA DETERMINACIOÓN DE AMINOÁCIDOS PARA DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE JARABE DE ARCE** |  |
| 1 | **CAPACITACIÓN** |  |  | Hospital nacional de niños Benjamín Bloom.A partir de la Orden de Inicio emitida por el administrador de contrato |  |
| 1.1 | Capacitación sobre el manejo del equipo | 3 | Jornadas (4 horas cada una) | 1.1 | Máximo 2 días hábiles después de instalado y probado el equipo a satisfacción del administrador de contrato. |
| 1.2 | Capacitación para personal médico y de laboratorio clínico sobre la detección de enfermedades congénitas por medio de cribado neonatal | 40 | Horas. 5 jornadas de 8 horas. | 1.2 | Máximo 5 días después de detectada una actualización e informada al administrador de contrato. |
|  | **LOTE 2** |  |  |  |  |
|  | **2-PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE TRIPSINA INMUNOREACTIVA** |  |
|  | **3-PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN PROGESTERONA** |  |
|  | **4-PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES (TSH) NEONATAL EN MUESTRA DE SANGRE SECA EN PAPEL FILTRO** |  |
| 1 | **CAPACITACIÓN** |  |  | Hospital nacional de niños Benjamín Bloom.A partir de la Orden de Inicio emitida por el administrador de contrato |  |
| 1.1 | Capacitación sobre el manejo del equipo | 3 | Jornadas (4 horas cada una) | 1.1 | Máximo 2 días hábiles después de instalado y probado el equipo a satisfacción del administrador de contrato. |
| 1.2 | Capacitación para personal médico y de laboratorio clínico sobre la detección de enfermedades congénitas por medio de cribado neonatal | 40 | Horas. 5 jornadas de 8 horas. | 1.2 | Máximo 5 días después de detectada una actualización e informada al administrador de contrato. |
|  | **LOTE 3** |
|  | **5-PRUEBA PARA LA DETECCIÓN DE HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES (TSH)** |  |
|  | **6-PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE TETRAYODOTIRONINA LIBRE (T4L)** |  |
|  | **7-PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE TRIYODOTIRONINA LIBRE (T3L)** |  |
| 1 | **CAPACITACIÓN** |  |  | Hospital nacional de niños Benjamín Bloom.A partir de la Orden de Inicio emitida por el administrador de contrato |  |
| 1.1 | Capacitación sobre el manejo del equipo | 3 | Jornadas (4 horas cada una) |  | Máximo 2 días hábiles después de instalado y probado el equipo a satisfacción del administrador de contrato. |
|  | **LOTE 4** |
|  | **8-DISCOS GEL DE PILOCARPINA PARA LA DETERMINACIÓN DE CLORO EN SUDOR (CL-) VIAL DE 6.** |  |
| 1 | **CAPACITACIÓN** |  |  |  |  |
| 1.1 | Capacitación sobre el manejo del equipo | 3 | Jornadas (4 horas cada una) | Hospital nacional de niños Benjamín Bloom.A partir de la Orden de Inicio emitida por el administrador de contrato | 1.1 | Máximo 2 días hábiles después de instalado y probado el equipo a satisfacción del administrador de contrato. |
| 1.2 | Capacitación y actualización para personal de laboratorio clínico. | 3  | veces al año durante la vigencia del contrato. (Jornadas 4 horas cada una) | 1.2 | Máximo 5 días después de detectada una actualización e informada al administrador de contrato. |
|  | **LOTE 6** |  |  |  |  |
| 1 | **CAPACITACIÓN** |  |  |  |  |
| 1.1 | Capacitación sobre el manejo del equipo. Personal médico y biomédico de los hospitales. | 5 | Jornadas (2 horas cada una) | En las instalaciones de cada Región de Salud: Región Metropolitana, Región Oriental, Región Occidental, Región Paracentral, Región Central. | 1.1 | Máximo 2 días hábiles después de recibido y probado el equipo a satisfacción del administrador de contrato. |
|  | **PARA EMPRESAS NO DOMICILIADAS** |
|  | Agente Aduanal |  |  |  |  |

3.Especificaciones Técnicas

**LOTE 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO MINSAL** | **DESCRIPCIÓN** |  |
| **1** | **30106325** | **PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE AMINOÁCIDOS PARA DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE JARABE DE ARCE**. Se requiere equipo en comodato. | Marca:Origen: |
| **Descripción** | Se requieren pruebas para la determinación de aminoácidos para diagnóstico de Enfermedad de Jarabe de Arce, Fenilcetonuria, Tirosinemias y otras enfermedades. en equipo automatizado en comodato. |  |
| **Información Técnica Requerida** |  Para el procesamiento de las pruebas se requiere equipo automatizado en calidad de comodato capaz de:* Capaz de procesar los diferentes aminoácidos (para las siguientes enfermedades enfermedad de Jarabe de Arce, Fenilcetonuria, Tirosinemias y otras) en el mismo equipo de forma simultánea.
* El principio de la prueba debe tener una alta especificidad y sensibilidad, capaz de identificar y cuantificar de manera inequívoca múltiples aminoácidos en una sola muestra.
* Generar lista de trabajo desde el perforador de muestras.
* Visualizar el mapa de trabajo.
* Carga continua de muestras.
* Codificación de código de barra
* Debe permitir el ingreso de puntos de corte, curvas de referencia
* Reactivos listos para su uso.
* Pipeteador automático para pipetas serológicas para la   preparación de las diferentes soluciones de trabajo.

**Los reactivos para el procesamiento de las pruebas deben estar listos para su uso sin requerir dilución.** |  |
| Deberá considerarse:1. Inscripción de Control de Calidad Internacional del CDC de Atlanta u otro organismo internacional acreditado.
2. Proveer de insumos y reactivos específicos para el control de calidad internacional, estos serán proporcionados por la empresa ofertante.
 |  |
| **Accesorios requeridos** | 1. Tarjetas de toma de muestra en igual al número a las pruebas adjudicadas más un excedente del 10% del total de pruebas de acuerdo a formato establecido. Con código de barra y numeradas en correlativo (El correlativo será proporcionado una vez adjudicado). El papel filtro debe ser según estándares internacionales que aseguren una composición homogénea de absorción y pureza de flujo.
2. 8 lectores de código de barras de manos libres, de 60 cuadros por segundo, capacidad de escaneo 2D, de activación automática.
3. Lancetas de toma de muestra de talón según estándares internacionales (profundidad de incisión 1.0 mm y longitud de la incisión 2.5 mm) en igual al número a las pruebas adjudicadas con seguridad activadas por contacto más un excedente del 10% del total de pruebas. (deben ser estéril y libre de látex).
4. Calibradores y controles para la validación de la corrida estos reactivos deben ser proporcionados por empresa ofertante.
5. Ponchador o Perforador de tarjetas por equipo instalado.
6. Materiales, kit y accesorios para su instalación, mantenimiento y funcionamiento.
7. UPS de 3 a 5 KVA para el equipo.
 |  |
| **Condiciones Especial** | * 1. La instalación de los equipos será en laboratorio de Tamizaje Metabólico Neonatal del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

**Condiciones:**1. La empresa adjudicada, deberá facilitar el cumplimiento de los lineamientos técnicos para el mantenimiento, administrativo y desarrollo de tecnologías de información y comunicación emitidas por el MINSAL. Ver anexo “Requisitos de la DTIC”
2. La empresa ofertante debe haber realizado las pruebas de comunicación pertinente en la o las áreas ofertadas con el SIS o sistema de información hospitalario vigente en coordinación con DTIC.
3. La empresa participante deberá de realizar las interfaces de comunicación bidireccional para integrar el sistema informático de sus equipos automatizados con el Sistema SIS o sistema de información hospitalario vigente del establecimiento donde se está efectuando la instalación; esto para efectos de importar automáticamente el registro de la solicitud de exámenes hacia los equipos automatizados y para enviar o reenviar automáticamente los resultados obtenidos desde el equipo automatizado hacia el SIS o sistema hospitalario vigente.
4. Deberá proveerse Hardware (7 unidades) y Software (equipo nuevo) para la comunicación y el manejo del sistema en red entre cada equipo con la base de los pacientes tamizados en las áreas técnicas y de recepción de Laboratorio de Tamizaje Metabólico Neonatal( deberá instalarse software en la jefatura y coordinación del laboratorio clínico) con sus respectivos impresores y UPS, la instalación del Hardware y Software para el manejo de las interfaces y red del Laboratorio debe realizarse previo a la entrega de los equipos y los reactivos adjudicados y así como instalación, como la de puntos de red donde sea requerido.
5. Soporte técnico y mantenimiento mensual de la base de datos de Tamizaje Metabólico Neonatal y cuando sea necesario en el día y hora que se requiera.
6. El Software debe ser capaz de elaboración de informes estadísticos, informes mensuales por Región de Salud, por SIBASI, por Unidad de Salud, por paciente, así como la elaboración de informes semestrales, y otros informes del Laboratorio de Tamizaje Metabólico Neonatal requeridos por el Ministerio de Salud y creación mensual de copias de seguridad en medios magnéticos, al menos con una capacidad de disco duro de 4 TB.
7. Instalación de mecanismos de descarte de líquidos bioinfecciosos ecológicamente seguros, si el equipo lo requiere y Sistema de drenaje.
8. Incluir pruebas confirmatorias (60 pruebas) para las diferentes pruebas de aminoácidos.
 |  |
| **Capacitación** | Se deberá incluir capacitación en: 3 jornadas de 4 horas**1. Capacitación sobre manejo del equipo:**ContenidoMantenimientos diarios.Solución de problemas.Manejo del equipo, limpieza y mantenimientos, impartida al personal operativo posterior a la instalación del equipo. Actualización de nuevas tecnologías para el cribado neonatal.**2. Capacitación:** Para personal médico y de laboratorio clínico sobre la detección de enfermedades congénitas por medio de cribado neonatal. Con un mínimo de 40 horas presenciales. (5 jornadas de 8 horas).Contenido: Fundamentos bioquímicos y genéticos: Abarcando los principios básicos de la bioquímica y la genética relevantes para las enfermedades congénitas.Fundamento del cribado neonatal: Detallando la importancia, objetivos y beneficios del cribado neonatal.Procedimientos de la recolección de muestras: Explicando las técnicas adecuadas para la obtención de las muestras necesarias para el cribado.Interpretación de resultados y seguimientos: Cubriendo cómo se deben interpretar los resultados del cribado y los pasos a seguir en cada caso.Interpretación Clínica de los Resultados: Proporcionando el conocimiento necesario para aplicar los resultados en el contexto clínico.Pruebas Confirmatorias: Describiendo las pruebas adicionales que se realizan para confirmar un resultado positivo del cribado.Manejo Terapéutico y Seguimiento: Orientando sobre las opciones de tratamiento y el seguimiento a largo plazo de los pacientes diagnosticados.Deberán entregar:* Manual de Operación Manual de Servicio
* Manual de Partes
* Todos los manuales de servicio y partes, preferiblemente en español y en forma impresa y digital.

L |  |
| **Mantenimiento** | La empresa deberá proveer:1. Mantenimiento preventivo **quincenal** a realizar en día sábado, con la descripción de las actividades que se realicen en la bitácora con letra legible, detallando nombre y firma del responsable del mantenimiento2. Mantenimiento correctivo en el día y hora que se requiera en un tiempo no mayor a 2 horas.**Condiciones del mantenimiento:**1. Los mantenimientos preventivos deberán realizarse los días sábado por la complejidad del tiempo que requieren los equipos.
2. La empresa deberá garantizar mantener inventario de piezas de repuesto para los equipos instalados ya sean por cambios preventivos o correctivos.
3. En caso de falla de los equipos la empresa debe presentarse en un lapso de dos horas para su respectiva revisión; en el caso que el tiempo de reparación sea más de 24 horas la empresa deberá asegurar que se procesen las muestras con la misma tecnología y calidad del equipo adquirido. Respetando los tiempos de respuesta establecidos en los Lineamientos Técnicos para realizar tamizaje metabólico neonatal.
4. En caso de falla de los equipos la empresa debe reponer el reactivo en uso y pruebas invalidadas durante la falla.
5. Se deberá garantizar el soporte técnico con personal calificado para los mantenimientos
6. Se deberá entregar una programación del mantenimiento preventivo anual.
7. Se deberá entregar programación mensual de personal de turno para atender mantenimientos correctivos.
8. La empresa adjudicada deberá contar localmente con Departamento Técnico Biomédico, con personal capacitado para brindar el soporte del equipo ofertado.
 |  |
| **Estándares y Normativas de equipo automatizado en comodato** | 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485 (Presentar certificado vigente).
2. Aprobada su comercialización, PMDA o JPAL para Japón y FDA para los Estados Unidos de América o declaración de conformidad de cumplimiento del Reglamento 2017/746 para la Comunidad Europea. (Presentar documentación de respaldo).
3. Norma de seguridad eléctrica IEC 61010 o equivalente.
 |  |
| **Condiciones de Recepción** | 1. Los reactivos deberán tener vencimiento no menor a 12 meses, en el momento de su entrega.
2. Las lancetas deberán tener vencimiento no menor a 18 meses, en el momento de su entrega.
3. Fecha de vencimiento de la boleta de 2 a 4 años
4. Garantía de reposición de reactivos, lancetas y boletas en mal estado, en un plazo de 60 días calendario.
5. Se deberá entregar reactivos, tarjetas de toma de muestras y lancetas al mismo tiempo
6. El lugar de entrega debe ser en el Almacén de Reactivos del Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”.
7. La entrega de reactivos debe cumplir cadena de frio de +2 a +8 Centígrados durante su manejo, transporte y recepción.
8. El equipo en comodato será retirado del hospital hasta que se hayan consumido la totalidad de pruebas contratadas.
 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LOTE 2** |  |  |
| **Artículo** | **CÓDIGO****MINSAL** | **NOMBRE** |  |
| **2** | **30106103** | **PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE TRIPSINA INMUNOREACTIVA** |
| **3** | **30106097** | **PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN 17 –OH-PROGESTERONA** | Marca: Origen: |
| **4** | **30106231** | **PRUEBA PARA DETECCIÓN DE HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES (TSH) NEONATAL EN MUESTRA DE SANGRE SECA EN PAPEL FILTRO** |  |
|  |  | **Se requiere equipo en comodato.** |  |
| **Descripción** | Se requieren pruebas para la determinación de tamizaje en muestras de sangre seca en papel filtro para:**2.Tripsina inmunorreactiva humana para Fibrosis quística****3.17α-OH-PROGESTERON (17 hidroxiprogesterona)****4.** **Hormona estimulante de tiroides (TSH)**Para el procesamiento de las pruebas se requiere equipo automatizado en calidad de comodato capaz de:* Procesar las 3 pruebas en el mismo equipo de forma simultánea.
* Generar lista de trabajo desde el perforador de muestras.
* Visualizar el mapa de trabajo.
* Carga continua de muestras.
* Codificación de código de barra
* Debe permitir el ingreso de puntos de corte, curvas de referencia
* Mediciones de Fluorescencia rápidas
* Reactivos listos para su uso.
* Pipeteador automático para pipetas serológicas para la   preparación de las diferentes soluciones de trabajo.

Se deberá incluir:* Todos los insumos necesarios para la realización de las pruebas.
 |  |
| **Requisitos técnicos** | Deberá considerarse:1. Inscripción para el control de calidad internación del CDC de Atlanta u otro organismo internacional acreditado.
2. Para el proceso de calibrador y controles que se utilizan para la validación de la corrida, requiere de reactivos los cuales deben ser proporcionados por empresa ofertante.
3. Proveer de insumos y reactivos específicos para el control de calidad internacional.
 |  |
| **Accesorios incluidos** | 1. Perforador de muestras o Ponchador de tarjetas por equipo
2. Materiales, kit y accesorios para su instalación, mantenimiento y funcionamiento.
3. UPS de 3 a 5 KVA para los equipos necesarios
4. Una centrífuga de uso general con capacidad para 6 tubos de 13x100 mm y 12x75 mm con rango de 2,500 a 5,000 RPM.
5. Instalar visor de resultados para consulta de pruebas donde sea requerido por la jefatura, siendo útil para consultar pruebas solicitadas.
 |  |
| **Condiciones Especiales** | 1. La instalación de los equipos será en laboratorio de Tamizaje Metabólico Neonatal del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
2. Equipo automatizado, con software Workstation, Kit lot Editor, Plate, Generator, Result Viewer and Quality Control.
3. El equipo automatizado nuevo, deberá ser instalado y se realizará prueba de funcionamiento en el Laboratorio de Tamizaje Metabólico Neonatal (respaldar bajo documentación que el equipo es nuevo y entregar certificación de buen funcionamiento.)
4. Soporte técnico y mantenimiento mensual de la base de datos de Tamizaje Metabólico Neonatal y cuando sea necesario, en el día y hora que se requiera.
5. Software de interfase de cada equipo para conexión en red, con capacitación de impresión de gráficas de control de calidad: Levey-Jennings y otros.
6. Incluir pruebas confirmatorias (cincuenta pruebas) para IRT y 17-OH.
7. Presentar ficha de seguridad de los reactivos (MSDS: Material Safety Data Sheet)
8. Instalación de mecanismos de descarte de líquidos bioinfecciosos ecológicamente seguros, si el equipo lo requiere y Sistema de drenaje
9. La empresa adjudicada, deberá facilitar el cumplimiento de los lineamientos técnicos para el mantenimiento, administrativo y desarrollo de tecnologías de información y comunicación emitidas por el MINSAL.
10. La empresa ofertante debe haber realizado las pruebas de comunicación pertinente en la o las áreas ofertadas con el SIS o sistema de información hospitalario vigente en coordinación con DTIC.
11. La empresa participante deberá de realizar las interfaces de comunicación bidireccional para integrar el sistema informático de sus equipos automatizados con el sistema SIS o sistema de información hospitalario vigente del establecimiento donde se está efectuando la instalación; esto para efectos de importar automáticamente el registro de la solicitud de exámenes hacia los equipo automatizados y para enviar o reenviar automáticamente los resultados obtenidos desde el equipo automatizado hacia el SIS o sistema hospitalario vigente.
12. Software compatible con Windows, para la migración automática de datos
13. Deberá proveerse Hardware (7 unidades) y Software (equipo nuevo) para la comunicación y el manejo del sistema en red entre cada equipo con la base de los pacientes tamizados en el área técnica de recepción de Laboratorio de Tamizaje Metabólico Neonatal ( deberá instalarse software en la jefatura y coordinación del laboratorio clínico) con sus respectivos impresores y UPS, la instalación del Hardware y Software para el manejo de las interfaces y red del laboratorio deberá realizarse previo a la entrega de los equipos y los reactivos adjudicados y así como la instalación, como las de puntos de red donde sea requerido.
14. Garantizar que los equipos conectados a la red del Hospital o MINSAL pueden recibir y enviar información que sea requerida. En total coordinación con el personal técnico de la Unidad Informática del hospital y la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación del MINSAL.
15. Soporte técnico, mantenimiento preventivo y correctivo en las bases de datos de Tamizaje Neonatal (SOFTWARE) mensual y cuando sea necesario, ya que este permite la elaboración de informes estadísticos, diario por pacientes, informes mensuales, trimestrales, semestrales y anuales, por Región de Salud, por SIBASI, por unidad de Salud, por Hospital y otros informes del Laboratorio de Tamizaje Metabólico Neonatal requeridos por el Ministerio de Salud y creación diario de copias de seguridad en medios magnéticos. (Disco externo de 4 TB).
16. La entrega de reactivos, boletas de toma de muestras y lancetas se coordinará para ser entregadas al mismo tiempo.
 |  |
| **Capacitación** | Se deberá incluir capacitación en:1. Capacitación sobre la detección de enfermedades congénitas por medio de cribado neonatal. Con un mínimo de 40 horas presenciales (5 jornadas de 8 horas).

Fundamentos bioquímicos y genéticos: Abarcando los principios básicos de la bioquímica y la genética relevantes para las enfermedades congénitas.Fundamento del cribado neonatal: Detallando la importancia, objetivos y beneficios del cribado neonatal.Procedimientos de la recolección de muestras: Explicando las técnicas adecuadas para la obtención de las muestras necesarias para el cribado.Interpretación de resultados y seguimientos: Cubriendo cómo se deben interpretar los resultados del cribado y los pasos a seguir en cada caso.Interpretación Clínica de los Resultados: Proporcionando el conocimiento necesario para aplicar los resultados en el contexto clínico.Pruebas Confirmatorias: Describiendo las pruebas adicionales que se realizan para confirmar un resultado positivo del cribado.Manejo Terapéutico y Seguimiento: Orientando sobre las opciones de tratamiento y el seguimiento a largo plazo de los pacientes diagnosticados.1. Capacitación de manejo de los equipos, 3 jornadas 4 horas cada una.

**Contenido:** Mantenimientos diarios.Solución de problemas.Manejo del equipo, limpieza y mantenimientos, impartida al personal operativo posterior a la instalación del equipoDeberán entregar:1. Manual de Operación Manual de Servicio
2. Manual de Partes
3. Todos los manuales de servicio y partes preferiblemente en español y en formal impresa y digital.
 |  |
| **Mantenimiento** | La empresa deberá proveer:1. Mantenimiento preventivo 2 veces por mes a realizar la segunda y última semana de cada mes de acuerdo con la descripción de las actividades que se realicen en la bitácora con letra legible, detallando nombre y firma del responsable del mantenimiento.

**Condiciones:**a. Los mantenimientos preventivos deberán realizarse los días sábado por la complejidad del tiempo que requieren los equipos.b. La empresa deberá garantizar mantener inventario de piezas de repuesto para los equipos instalados ya sean por cambios preventivos o correctivos.c. En caso de falla de los equipos la empresa debe presentarse en un lapso de dos horas para su respectiva revisión; en el caso que el tiempo de reparación sea más de 24 horas la empresa deberá asegurar que se procesen las muestras con la misma tecnología y calidad del equipo adquirido respetando los tiempos de respuesta establecidos en los lineamientos técnicos para realizar Tamizaje Metabólico Neonatal. d. En caso de falla de los equipos la empresa debe reponer el reactivo en uso y pruebas invalidadas durante la falla. e. Garantía de reposición inmediata de equipos en caso de falla.f. Se deberá garantizar el soporte técnico con personal calificado para los mantenimientos.g. Se deberá entregar una programación del mantenimiento preventivo anual.h. Se deberá entregar programación mensual de personal de turno para atender mantenimientos correctivos.i. La empresa suministrante deberá contar localmente con Departamento Técnico Biomédico, con personal capacitado para brindar el soporte del equipo ofertado. |  |
| **Estándares y Normativas del equipo automatizado en comodato.** | 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485 (Presentar certificado vigente).
2. Aprobada su comercialización por PMDA o JPAL para Japón y FDA para los Estados Unidos de América, o declaración de conformidad de cumplimiento del Reglamento 2017/746 para la Comunidad Europea. (Presentar documentación de respaldo).
3. Norma de seguridad eléctrica IEC 61010 o equivalente.
 |  |
| **Condiciones de Recepción** | 1. Los reactivos deberán tener vencimiento de 12 a 18 meses, en el momento de su entrega.
2. Garantía de reposición de reactivos, por desperfectos de fábrica en un plazo de 60 días calendarios.
3. El equipo en comodato será retirado del hospital hasta que se hayan consumido la totalidad de pruebas contratadas.
 |  |

**LOTE 3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO****MINSAL** | **NOMBRE** |  |
| **5** | **30106580** | **PRUEBA PARA LA DETECCIÓN DE HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES (TSH), METODO AUTOMATIZADO** | **Marca:** **Origen** |
| **6** | **30106299** | **PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE TETRAYODOTIRONINA LIBRE (T4), MÉTODO AUTOMATIZADO** |  |
| **7** | **30106317** | **PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE TRIYODOTIRONINA LIBRE (T3), MÉTODO AUTOMATIZADO** |  |
|  |  | **Se requiere equipo en comodato.** |  |
| **Descripción** | Se requieren pruebas confirmatorias en suero o plasma para la determinación de Hipotiroidismo congénito y equipo automatizado en comodato. |  |
| **Información Técnica Requerida** | 1. Metodología: Sistema inmunoensayo con el principio de quimioluminescencia tercera generación.
2. Tipo de muestra: Suero o plasma.
3. Volumen de muestra: 75 uL.
4. Procesamiento de hasta 100 pruebas por hora.
5. Capacidad de carga: de 60 pruebas a la vez.
 |  |
| **Accesorios incluidos** | 1. Proveer de insumos, calibradores, controles específicos para la realización de la prueba.2. UPS de 3 a 5 KVA para el equipo. |  |
| **Condiciones Especiales** | Equipo automatizado nuevo, deberá ser instalado y se realizarán prueba de funcionamiento en el laboratorio clínico (Respaldar bajo documentación que el equipo es nuevo). Entregar certificación de buen funcionamiento.Deberá proveerse Hardware (Nuevo) y Software para la comunicación y el manejo del sistema en red entre cada equipo con la base de los pacientes tamizados en las áreas técnicas de recepción del laboratorio de Tamizaje Metabólico Neonatal (Deberá instalarse Software en la jefatura y coordinación de laboratorio clínico). Con sus respectivos impresores y UPS, la instalación del Hardware y Software para el manejo de las interfaces y red de laboratorio, debe realizarse previo a la entrega de los equipos y reactivos adjudicados y así como en la instalación, como la de puntos de red donde sea requerido. |  |
| **Capacitación** | Se deberá incluir en capacitación para el manejo del equipo: 3 jornadas de 4 horas. Contenido:1. Manejo de equipo.
2. Mantenimiento diario.
3. Solución de problemas.
4. Manejo del equipo, limpieza y mantenimiento, impartida al personal operativo posterior a la instalación del equipo.
5. Capacitación para la calibración, procesamiento de controles y muestras.

Deberán entregar:1. Manual de Operación de servicio.
2. Todos los manuales deberán entregarse de forma impresa y en español.
 |  |
| **Mantenimiento** | 1. Mantenimiento preventivo mensual a realizar la última semana de cada mes con la descripción de las actividades que se realicen en la bitácora.Condiciones del mantenimiento:a. En caso de falla de los equipos la empresa debe presentarse en un lapso de dos horas para su respectiva revisión; en el caso que el tiempo de reparación sea más de 24 horas, la empresa deberá asegurar que se procesen las muestras con la misma tecnología y calidad del equipo adquirido, respetando los tiempos de respuesta establecidos en los Lineamientos técnicos del laboratorio clínico.b. En caso de falla de los equipos la empresa debe reponer el reactivo en uso y pruebas invalidadas durante la falla. c. Garantía de reposición inmediata de equipos en caso de fallad. Se deberá garantizar el soporte técnico con personal calificado para los mantenimientos.e. Se deberá entregar programación de los diferentes mantenimientos preventivos.f. Se deberá entregar programación mensual de personal de turno para atender mantenimientos correctivos.g. La empresa suministrante deberá contar localmente con Departamento Técnico Biomédico, con personal capacitado para brindar el soporte del equipo ofertado. |  |
| **Estándares y Normativas del equipo automatizado en comodato** | * Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados.
* Norma de seguridad eléctrica para los equipos a instalar.
 |  |
| **Condiciones de Recepción** | 1.Los reactivos deberán tener vencimiento de 12 meses a partir de la fecha de entrega.2. Garantía de reposición de reactivos en mal estado o kit dañados, en un plazo de 60 días calendario.3. Deberán entregar reactivos y todos los insumos necesarios al mismo tiempo.4.El equipo en comodato será retirado del hospital hasta que se hayan consumido la totalidad de pruebas contratadas. |  |

**LOTE 4**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO****CODIGO MINSAL** | **NOMBRE** |  |
| **8** | **30106042** |  **DISCOS GEL DE PILOCARPINA PARA LA DETERMINACIÓN DE CLORO EN SUDOR (CL-), MÉTODO IONTOFORESIS, VIAL DE 6.** **Se requiere equipo en comodato.** | **Marca:** **Origen:** |
| **Descripción** | Se requiere pruebas para la determinación de Cloro en Sudor para el diagnóstico de Fibrosis Quística. **En presentación de KIT.****Equipo en comodato que se requiere   para la estimulación y recolección del   sudor.**Equipo en comodato que se requiere   para la estimulación y recolección del   sudor en humanos para ayudar al diagnóstico en niñas y niños con sospecha de Fibrosis quística (que se pueda utilizar con pacientes neonatos).  **CARACTERÍSTICAS:****EQUIPO PARA LA ESTIMULACIÓN DE SUDOR*** Pantalla táctil con interfaz gráfica de usuario
* Tipo de pantalla: TFT-LCD en color (pantalla de cristal líquido con transistor de lámina fina)
* Voltaje de carga: 120 VAC ±10% de capacidad de resistir variaciones.
* Frecuencia: 60 Hz
* Fases: 1
* Batería(s) preferiblemente de Ion-Litio.
* Capacidad de operar de forma autónoma por al menos 3 horas aproximadamente
* Cordón de tomacorriente macho polarizado grado hospitalario, con una longitud no menor a 1 metro.
* Portátil, de fácil montaje sobre mesa para colocar en superficie apropiada.
* De fácil uso para movilización dentro del hospital
* Carcasa resistente a la corrosión y a líquidos de desinfección hospitalarios.

**ACCESORIOS INCLUIDOS POR PRODUCTO:*** Electrodos con forma elíptica que se ajustan a los discos de gel
* Pin de detección para detectar la presencia de los discos de gel
* Batería recargable de ion-litio
* Conector médico de bloqueo de presión-tracción de 6 clavijas
* Bandas de poliuretano, sin látex y no alergénicas
* Conector Micro USB
* Recolectores de sudor
* Contenedores herméticos pequeños (tubos microcentrífuga de 200 µL).
* Contenedores plásticos para microtubos para el resguardo de muestras en cámara refrigerantes.
* 5 jeringas y 5 agujas para recolectar una muestra de sudor y de fácil adaptación al tubo colector.
* Dispensador de sudor para recolectar y guardar una muestra en los contenedores herméticos.
* 10 almohadillas de limpieza de los electrodos
* Pinzas
* Fuente de alimentación para cargar batería

**ESTÁNDARES Y NORMATIVAS:*** Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485.
* Norma de seguridad eléctrica IEC 60601-1 o equivalente.
* Presentar certificado notariado de comercialización por FDA o Comisión Europea.
* Presentar certificado de equipo de buen funcionamiento.

**EQUIPO PARA LA DETERMINACIÓN DE CLORO EN SUDOR.**Equipo de Cloridometro en comodato para realizar análisis de cloro en muestras de sudor; para la determinación diagnóstica cuantitativa in vitro de cloruro en el sudor humano de niñas y niños con sospecha de fibrosis quística, utilizando el principio de valoración coulométrica**CARACTERISTICAS:*** Equipo automatizado para la valoración de cloro de pantalla táctil.
* Voltaje de carga: 120 – 240 VAC ±10% de soportar variaciones de voltaje
* Frecuencia: 60 Hz
* Fases: 1
* Cordón de tomacorriente macho polarizado grado hospitalario, con una longitud no menor a 1 metro.
* De fácil manejo, para montaje sobre mesa para colocar en superficie apropiada.
* Carcasa resistente a la corrosión y a líquidos de desinfección hospitalarios.

**ACCESORIOS INCLUIDOS POR PRODUCTO:*** Dos pipetas de volumen fijo de 10 µL
* Tres electrodos de plata ánodo
* Tres electrodos de plata cátodo
* Tres electrodos de medición
* Juego de reactivos para la valoración del sudor
* Solución estándar
* SOLUCIÓN de control de sudor
* Puntas de pipeta
* Cable de alimentación
* Dos vasos de valoración
* Dos varillas magnéticas de agitación
* Un UPS con capacidad de soportar 15 minutos de trabajo en ausencia de tensión.
* Instalar en calidad de comodato Equipo informático LAPTOP I7 disco duro de 1 TB, pantalla 15.6”, 8 Gb RAM, con Windows 10 y Office 2019 para programa de Control de Calidad.

**ESTANDARES Y NORMATIVAS:*** Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485.

**CONDICIONES DE RECEPCIÓN.*** El equipo debe ser entregado a entera satisfacción del administrador de contrato en laboratorio del Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”.
 |  |
| **Información Técnica Requerida** | 1. Metodología: medición cuantitativa del cloruro en sudor mediante el principio de valoración coulometría
2. Tipo de muestra: Sudor
3. Volumen de muestra: 10 uL
 |  |
| **Accesorios requeridos** | 1. Proveer de insumos y reactivos específicos para la realización de la prueba       2. Calibradores y controles para la validación de la corrida tres niveles, cada control con su valor y rango específico.       3. Ampollas de calibración para analizador de conductividad       4. Electrodos ánodo -cátodo.       5. Paños especiales para la limpieza de los electrodos.       6. Electrodos de medición       7. Cinco Cinchos para macroductos para paciente pediátrico       8. Dos Cinchos para los electrodos para paciente pediátrico       9. Un Juego de electrodos      10. Instalar en calidad de comodato Equipo informático LAPTOP I7 disco duro de 1 TB, pantalla 15.6”, 8 Gb RAM, con Windows 10 y Office 2019 para programa de Control de Calidad. |  |
| **Condiciones Especiales** | 1. Instalación de equipos se realizará en el Laboratorio Clínico del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom3. Instalación de Hardware y Software en el laboratorio clínico con sus respectivos UPS4. Instalación de mecanismo de descarte de líquidos bioinfecciosos ecológicamente seguros si el equipo lo requiere |  |
| **Capacitación** | * 3 jornadas de 4 horas.

El suministrante proporcionará la capacitación y esta comprenderá:La operación, limpieza y mantenimiento preventivo, Solución de problemas impartidas al personal operador y personal técnico de mantenimiento respectivamente. Capacitación para la calibración, procesamiento de controles y muestras.Deberán entregar:1.Manual de Operación de servicio en castellano2.Todos los manuales deberán entregarse de forma impresa y en español● Capacitación y actualización del personal de Laboratorio Clínico. Presentar calendarización con un mínimo de tres al año. |  |
| **Mantenimiento** | 1. Mantenimiento preventivo mensual realizar la última semana de cada mes con la descripción de las actividades que se realicen en la bitácora2.Mantenimiento correctivo en el día y hora que se requiera en un tiempo no mayor a 2 horas3. Se deberá garantizar el soporte técnico con personal calificado para los mantenimientos4. Soporte técnico, mantenimiento preventivo y correctivo mensual y cuando sea necesario del equipo con respaldo de piezas stock para corregir problemas de forma inmediata.5. Se deberá entregar programación de los diferentes mantenimientos preventivos |  |
| **Estándares y Normativas** | * Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485 (Presentar certificado vigente).
* Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados
* Norma de seguridad eléctrica para los equipos a instalar
 |  |
| **Condiciones de Recepción** | * Los reactivos deberán tener vencimiento de 12 a 18 meses
* Garantía de reposición de reactivos en mal estado o kit dañados, en un plazo de 60 días calendario.
* Deberán entregar reactivos y todos los insumos necesarios al mismo tiempo
* El equipo en comodato será retirado del hospital hasta que se hayan consumido la totalidad de pruebas contratadas.
 |  |

**LOTE 5**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO****CODIGO****MINSAL** | **NOMBRE** |  |
| **9** | **30106736** | **SOLUCIÓN DEXTROSA 100 GRAMOS, PARA PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA, VÍA ORAL, FRASCO DE (200-300) MILILITROS.** | **Marca:** **Origen:** |
| **10** | **30106738** | **SOLUCIÓN DEXTROSA 50 GRAMOS, PARA PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA, VÍA ORAL, FRASCO DE 300 MILILITROS.** |  |
| **Descripción** | Carga de glucosa, para pruebas de tolerancia oral a la glucosa, en el Laboratorio clínico. |  |
| **Información Técnica Requerida** | Estado: Líquido naranja translucido. Si requiere registro sanitarioOlor y sabor: Naranja.Garantía de reposición de reactivos en mal estado o dañados.Características: No carbonatada, sin cafeína, PH de la solución: Ácida.Concentración de Glucosa/de 200 a 300 ml: 50g y 100g de componentes de la fórmula: Dextrosa anhidra Conservador y estabilizante. Agente acidulante. Almacenamiento: Consérvese en su envase original de polietileno y cerrado herméticamente, no se exponga a temperaturas extremas, la manipulación directa del líquido puede contaminarlo, almacén a temperatura ambiente entre 15-30° centígrados.Vencimiento no menor a 24 meses. |  |
| **Condiciones especiales** | Los reactivos serán entregados en Almacén el Paraíso, serán distribuidas de conformidad al cuadro de distribución anexo. |  |

**LOTE 6**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO****MINSAL** | **DESCRIPCIÓN** |  |
| **11** | **30602131** | **CARTUCHOS PARA MEDICIÓN DE GASES ARTERIALES ELECTRÓLITOS Y METABOLITOS, PARA EQUIPO PORTÁTIL, EMPAQUE INDIVIDUAL ESTÉRIL.** **Se requiere equipo en comodato.** | **Marca:** **Origen:** |
| **Producto** |  Cartucho individual ESTÉRIL para la medición: de gases arteriales, electrólitos y metabolitos en tiempo real.Parámetros mínimos esperados que sean medidos por cada cartucho:Gases en sangre: [pH](https://www.radiometer.es/es-es/productos-y-soluciones/an%C3%A1lisis-de-gases-en-sangre/analizador-de-gases-en-sangre-abl90-flex) , [pCO2](https://www.radiometer.es/es-es/productos-y-soluciones/an%C3%A1lisis-de-gases-en-sangre/analizador-de-gases-en-sangre-abl90-flex) , [pO2](https://www.radiometer.es/es-es/productos-y-soluciones/an%C3%A1lisis-de-gases-en-sangre/analizador-de-gases-en-sangre-abl90-flex), Saturación O2, Bicarbonato, exceso de base e índices respiratorios. Metabolitos: [cGlu](https://www.radiometer.es/es-es/productos-y-soluciones/an%C3%A1lisis-de-gases-en-sangre/analizador-de-gases-en-sangre-abl90-flex) , [cLac](https://www.radiometer.es/es-es/productos-y-soluciones/an%C3%A1lisis-de-gases-en-sangre/analizador-de-gases-en-sangre-abl90-flex) y creatinina.Electrólitos: [cCa2+](https://www.radiometer.es/es-es/productos-y-soluciones/an%C3%A1lisis-de-gases-en-sangre/analizador-de-gases-en-sangre-abl90-flex) , [cCl-](https://www.radiometer.es/es-es/productos-y-soluciones/an%C3%A1lisis-de-gases-en-sangre/analizador-de-gases-en-sangre-abl90-flex) , [cK+](https://www.radiometer.es/es-es/productos-y-soluciones/an%C3%A1lisis-de-gases-en-sangre/analizador-de-gases-en-sangre-abl90-flex) , [cNa+](https://www.radiometer.es/es-es/productos-y-soluciones/an%C3%A1lisis-de-gases-en-sangre/analizador-de-gases-en-sangre-abl90-flex).  Hematología: hematócrito, hemoglobina**.**   |  |
| **Características** | * Equipo en COMODATO: con pantalla LCD o tecnología mejorada de 5 pulgadas o superior, táctil, para la visualización de resultados de las pruebas realizadas al paciente. Ver cantidad en cuadro de distribución.

Almacenamiento interno de al menos 2,000 registros de pacientes.Resultados en un tiempo menor a un minuto, posterior a la aspiración de la muestra.Diseño ergonómico, cómodo y seguro.Con señales de audio e imagen que indiquen al operador la finalización de resultados de prueba.Con batería de fácil acceso.Con sistema de operación diagnóstica sencilla:Aplicación de sangre a cartucho desechable.Inserción del cartucho al analizador portátil.Presentación de resultados.Transferencia de resultados de forma inalámbrica deseable. |  |
| **Características Eléctricas** | No aplica |  |
| **Características Mecánicas** | Del equipo en COMODATO maneral para sostener el equipo con una mano deseable.Diseño compacto, portátil y ligero, deseable.Peso no mayor a 900 gramos. |  |
| **Accesorios incluidos por producto** | Del equipo en COMODATO:* Cargador de voltaje del Analizador.
* Impresor integrado o externo portátil para el registro impreso de las pruebas realizadas.
* 120 rollos de papel de impresión o equivalente según tipo de impresora.

**Cartuchos para medición de:** Gases en sangre: [pH](https://www.radiometer.es/es-es/productos-y-soluciones/an%C3%A1lisis-de-gases-en-sangre/analizador-de-gases-en-sangre-abl90-flex) , [pCO2](https://www.radiometer.es/es-es/productos-y-soluciones/an%C3%A1lisis-de-gases-en-sangre/analizador-de-gases-en-sangre-abl90-flex) , [pO2](https://www.radiometer.es/es-es/productos-y-soluciones/an%C3%A1lisis-de-gases-en-sangre/analizador-de-gases-en-sangre-abl90-flex), Saturación O2, Bicarbonato, exceso de base e índices respiratorios. Metabolitos: [cGlu](https://www.radiometer.es/es-es/productos-y-soluciones/an%C3%A1lisis-de-gases-en-sangre/analizador-de-gases-en-sangre-abl90-flex) , [cLac](https://www.radiometer.es/es-es/productos-y-soluciones/an%C3%A1lisis-de-gases-en-sangre/analizador-de-gases-en-sangre-abl90-flex) y creatinina.Electrólitos: [cCa2+](https://www.radiometer.es/es-es/productos-y-soluciones/an%C3%A1lisis-de-gases-en-sangre/analizador-de-gases-en-sangre-abl90-flex) , [cCl-](https://www.radiometer.es/es-es/productos-y-soluciones/an%C3%A1lisis-de-gases-en-sangre/analizador-de-gases-en-sangre-abl90-flex) , [cK+](https://www.radiometer.es/es-es/productos-y-soluciones/an%C3%A1lisis-de-gases-en-sangre/analizador-de-gases-en-sangre-abl90-flex) , [cNa+](https://www.radiometer.es/es-es/productos-y-soluciones/an%C3%A1lisis-de-gases-en-sangre/analizador-de-gases-en-sangre-abl90-flex).Hematología: hematócrito, hemoglobina**.** Si posee la necesidad en el tiempo de actualizaciones de software, deberá incluir sistema electrónico de comprobación y actualización. |  |
| **Capacitación** | Capacitación en el uso y mantenimiento preventivo del equipo. Una jornada de 2 horas para el personal médico y biomédico de cada hospital, los cuales, deberán realizarse en Regiones de Salud según área geográfica de influencia. |  |
| **Condiciones** | El equipo en comodato será retirado del hospital hasta que se hayan consumido la totalidad de pruebas contratadas.El vencimiento deberá ser de 6 a 8 meses. |  |

1. El monto de la Fianza debe expresarse en la moneda del País del Comprador o en una moneda internacional de libre convertibilidad. [↑](#footnote-ref-2)